

A depressão materna e o seu impacto no comportamento parental (*)

*VERA LÚCIA FRANCISCO (**)*

*ANTÓNIO PIRES (**)*

*SUSANA PINGO (**)*

*RUTE HENRIQUES (**)*

*MARIA ASCENSÃO ESTEVES (**)*

*MARIA JOSÉ VALADA (**)*

Vários têm sido os autores (Field, 1995; Goodman & Gotlib, 1999; Teti, Messinger, Gelfand, & Isabella, 1995), que se têm debruçado sobre o estudo da interacção mãe-criança no caso de depressão materna. O interesse em torno desta temática é justificado pela incidência, e consequências que esta perturbação pode acarretar para a relação mãe-bebé e o futuro desenvolvimento deste último, já que interfere no funcionamento adequado da mãe face ao Mundo que a rodeia e com o seu bebé. De acordo com O'Hara e Swain (citados por Figueiredo, 2001; Weir & Beal, 2004), num estudo realizado em 1996, a depressão pós-parto, afecta cerca de 13% das mulheres que assumem o papel de mãe,

sendo que nos EUA as mulheres com história de depressão anterior têm 30% de hipóteses de vir a desenvolver depressão pós-parto e 70% são as mulheres que já tiveram anteriormente depressão pós-parto. A depressão pós-parto é uma perturbação que se desenvolve na sequência de uma situação de parto em elevado número de mulheres, tendo quase sempre o seu início entre os 2.º e 3.º meses após o parto, podendo em alguns casos revelar-se mais duradoura (O'Hara; citado por Figueiredo, 2001), sendo possível à 10.ª semana encontrar um elevado número de mulheres a iniciarem uma depressão pós-parto (Oates; citado por Figueiredo, 2001).

Esta situação é especialmente importante, porque a maioria das depressões pós-parto acabam por passar despercebidas, uma vez que ocorrem depois de as grávidas terem deixado a maternidade, e muitas vezes é vista por estas últimas como uma reacção normal face ao período que acabaram de atravessar, servindo de ponte de passagem para a maternidade. Segundo Cox, Murray e Chapman (citados por Pires, 2001), cerca de 50% das mulheres que sofreram de depressão pós-parto, ao fim de

(*) Agradecimentos: Agradecemos a colaboração da Dra. Helena Jerónimo do Centro de Saúde de Campo de Ourique, da Enfermeira Olga e do Dr. Paulo do Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos, da Dra. Rita Ferreira do Centro de Saúde do Barreiro – Extensão do Lavradio, e da Dra. Edite Oliveira.

(**) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

um ano após a mesma, ainda não se encontravam totalmente curadas, confirmando assim a gravidade e severidade da perturbação.

A depressão materna caracteriza-se, fundamentalmente, por um sentimento de incapacidade e de inadequação, relacionados com a melhor maneira de lidar com o bebé. São frequentes os sentimentos de culpa (por não amar ou não cuidar o suficiente do bebé), ansiedade (existindo uma preocupação excessiva com a alimentação e saúde do bebé), fadiga, crises de choro, irritabilidade, perturbações do sono (hipersónia), desânimo, labilidade de humor, medos hipocondríacos, queixas somáticas, isolamento social e desinteresse pela relação sexual (Brites, Moreira & Baptista, 2000). As mães deprimidas ao estarem mais voltadas para si próprias, acabam por não estar tão disponíveis para o seu bebé, afectando a relação estabelecida entre ambos. A depressão materna constitui uma situação de risco para a mãe e criança, já que afecta a relação entre estas e naturalmente pode colocar em causa os cuidados parentais inerentes à situação de parentalidade.

A interacção mãe/bebé tem sido vista como um “diálogo comportamental” (Bakeman & Brown; citados por Figueiredo, 1997) ou a “conversa” que se dá entre a mãe e o bebé (Trevarthen; citado por Figueiredo, 1997), em que ambos comunicam o prazer de estarem juntos. Estudos realizados demonstraram que as mães deprimidas e seus filhos partilham menos comportamentos devido à falta de atenção mútua, têm mais comportamentos negativos um para com o outro, demonstram menos contacto afectivo, o tempo em interacção é menor, as estimulações verbais e lúdicas assim como as interacções sociais parecem diminuir, são mães ora mais intrusivas ora sobreprotectoras e dificilmente suportam os pedidos de amor e as necessidades de dependência do seu filho (Field, 1995; Teti, Messinger, Gelfand, & Isabella, 1995; Esteves, 2000; Goodman & Gotlib, 1999; Lovejoy et al., 2000).

Assim, a relação caracteriza-se por um fraco envolvimento emocional, culpabilidade, hostilidade, ressentimento e comunicação de afectos negativos. No fundo, estas crianças são vistas como mais difíceis/irritadiças, com menor desenvolvimento cognitivo e motor, têm uma vinculação menos segura com a mãe, reagem mais negativamente ao stress, apresentam maiores dificuldades escolares, são menos competentes socialmente, têm baixa auto-

-estima, são mais indiferentes à expressão depressiva da mãe e têm maior probabilidade de sofrerem de distúrbios psicológicos, nomeadamente, depressão e distúrbios comportamentais (Goodman & Gotlib, 1999).

De acordo com Rutter (citado por Pires, 2001), entende-se por comportamento parental o conjunto de cuidados prestados à criança, devendo ser proporcionado um ambiente adequado ao desenvolvimento cognitivo e social da mesma, responder ao seu desconforto, às interacções sociais, pedidos e comportamentos disruptivos, bem como dificuldades interpessoais. Deste modo, o mesmo implica vários tipos de aptidões, que se manifestam na sensibilidade às solicitações da criança e na responsividade para as necessidades presentes em cada fase de desenvolvimento, na resolução de problemas, no lidar com adversidades e situações stressantes e na utilização de técnicas de disciplina.

No fundo, o desenvolvimento equilibrado da criança depende, largamente, do comportamento parental, ou seja, das estratégias de coping e respostas dos pais às necessidades específicas da criança e das intervenções que dirigem a estes. Quanto maior for a sensibilidade dos pais, maior equilíbrio terá o desenvolvimento da criança. Uma mãe contingente é aquela que responde de modo rápido, consistente e apenas perante certos comportamentos do bebé, em vez de responder indiscriminadamente. Pires (1990), acrescenta que uma das maiores razões de menor sensibilidade por parte das mães, se pode dever à falta de planeamento. Entende-se por planeamento, o imaginar ou pensar acerca do que vai fazer. O mesmo autor refere que existem certas características da personalidade da mãe, que podem facilitar ou dificultar a capacidade de planeamento. A depressão pode de facto implicar uma incapacidade ao nível do planeamento e condicionar a sensibilidade materna, pois como a mãe se encontra demasiado centrada em si, nas suas preocupações, não está tão disponível para o que a rodeia, incluindo o seu bebé. Lovejoy, Graczyk, O'Hare e Neuman (2000), referem que o comportamento parental é um factor de risco quando associado à depressão materna, sendo que as crianças mais novas e aquelas que estão expostas à depressão por um maior período de tempo, apresentam uma maior probabilidade de experienciar uma parentalidade aversiva e inadequada por parte das mães.

Goodman e Gotlib (1999), desenvolveram um modelo teórico onde tentavam explicar o risco de

transmissão para crianças filhas de mães deprimidas, concluindo que existe relação entre a depressão materna e o risco de desenvolver psicopatologia. Os autores defendem quatro mecanismos de risco para a transmissão, sendo eles uma maior predisposição genética, existência de mecanismos neurológicos inatos, exposição a comportamentos e afectos negativos das mães e o contexto stressante onde a criança se encontra. Referem, de igual modo, a existência de três moderadores que podem atenuar o risco de transmissão, sendo eles a saúde mental paterna e o seu envolvimento com a criança, curso e “timing” da depressão e características da criança.

Muitos estudos têm sido realizados em torno do impacto que a depressão materna pode ter ao nível do desenvolvimento da criança, mas poucos têm sido os que se debruçaram sobre as crianças após os primeiros meses ou que tenham usado métodos qualitativos procurando analisar o problema, partindo do ponto de vista das mães. O presente estudo tem por objectivo criar um modelo explicativo do comportamento parental das mães deprimidas.

MÉTODO

Para a realização do presente estudo, recorreu-se à “Grounded Theory” (Glaser & Strauss, 1967; Glaser, 1978), com o intuito de criar um modelo teórico sobre a depressão materna. O método referido implica a análise do discurso das participantes do estudo, o desenvolvimento de códigos, categorias e temas que se destacam devido à relevância que apresentam, a criação de hipóteses a partir dos dados recolhidos e a definição de uma categoria central que explicita todo o processo.

Participantes

As participantes deste estudo foram 23 mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 47 anos e os filhos entre os 4 meses e os 8 anos de idade. Das vinte e três entrevistas analisadas, dezasseis pertencem aos estudos realizados anteriormente por Esteves, Pires e Valada (2001), Henriques (2002) e Pingo (2002). Das 23 mulheres entrevistadas, 12 eram primíparas e as restantes tinham entre 2 a 5 filhos. No que diz respeito ao estado civil, 15 eram casadas e viviam com os maridos, 3 estavam separadas dos companheiros, duas coabitavam com os pais das crianças e três eram solteiras.

Todas as mulheres se apresentaram deprimidas no período pós-parto, sendo que seis já tinham história de depressão anterior, três deprimiram-se durante a gravidez e nas restantes os sintomas depressivos surgiram após o nascimento dos bebés.

Procedimento

As entrevistas foram efectuadas no Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos, no Centro de Saúde de Campo de Ourique, no Centro de Saúde do Barreiro, Extensão do Lavradio e três em casa das entrevistadas. As mães foram contactadas através das enfermeiras de saúde materna, médicos de família e psicólogos dos centros de saúde. As mães cujas entrevistas foram realizadas em sua casa, por dificuldade de conciliar horários, foram contactadas através de uma psicóloga. Num primeiro contacto, os técnicos explicitaram, sucintamente, qual o objectivo do presente estudo. No primeiro contacto estabelecido com as mães, foi novamente, explicado o propósito do estudo e reforçada a importância da sua participação na compreensão da problemática em causa. Foram de igual forma garantidos o anonimato e a confidencialidade da informação recolhida, e obtido o consentimento para as entrevistas serem gravadas.

O instrumento utilizado na recolha dos dados foi a entrevista semi-estruturada, com questões abertas para assim se recolherem os dados necessários à construção da teoria, existindo uma pergunta inicial: “Como tem sido a experiência de ser mãe de (nome da criança)?”, sendo que as questões abertas possibilitam uma maior colaboração e relação entre entrevistadas e entrevistadora, permitindo explorar mais profundamente aspectos que se consideram importantes. O principal objectivo destas entrevistas era compreender como é que as mães que apresentaram patologia depressiva, se sentiram enquanto mães, quais as maiores dificuldades sentidas e como as conseguiram ultrapassar, com o intuito de perceber como é sentida a necessidade de cuidar de uma criança aquando de uma situação de depressão materna. Ao longo das várias entrevistas, foram surgindo novas questões que foram introduzidas para se ter acesso a uma compreensão mais fidedigna desta realidade.

Análise dos dados

No final de cada entrevista, as mesmas eram

transcritas e analisadas, até para facilitar a introdução de novas temáticas que pudessem ser exploradas nas entrevistas seguintes. O processo de análise baseou-se no método “Grounded Theory”, que implica a emergência sistemática dos dados, a codificação e a comparação constante (Esteves, Pires, & Valada, 2001). A análise dos dados almeja a construção de um modelo teórico, identificando diversos conceitos e estabelecendo relações entre eles. Desta forma, e à medida que as entrevistas foram sendo analisadas foram emergindo as diversas categorias. As categorias foram sendo comparadas entre si, o que conduziu o emergir de categorias mais complexas e inclusivas. Em algumas das categorias definidas, chegou-se à sua saturação, uma vez que os incidentes em causa já nada acrescentavam ao profundo conhecimento da categoria em causa. A par disto, foram-se escrevendo memorandos, com o intuito de descrever a categoria em si e as relações que existiam entre as mesmas. Num momento *a posteriori*, identificou-se a categoria central que foi exaustivamente relacionada com as restantes categorias. Por último, e tendo por base os memorandos elaborados, procedeu-se à construção do modelo teórico.

RESULTADOS

Para uma mais fácil compreensão do modelo teórico construído acerca do comportamento parental no caso de depressão materna, apresenta-se o referido modelo em forma de esquema (Figura 1).

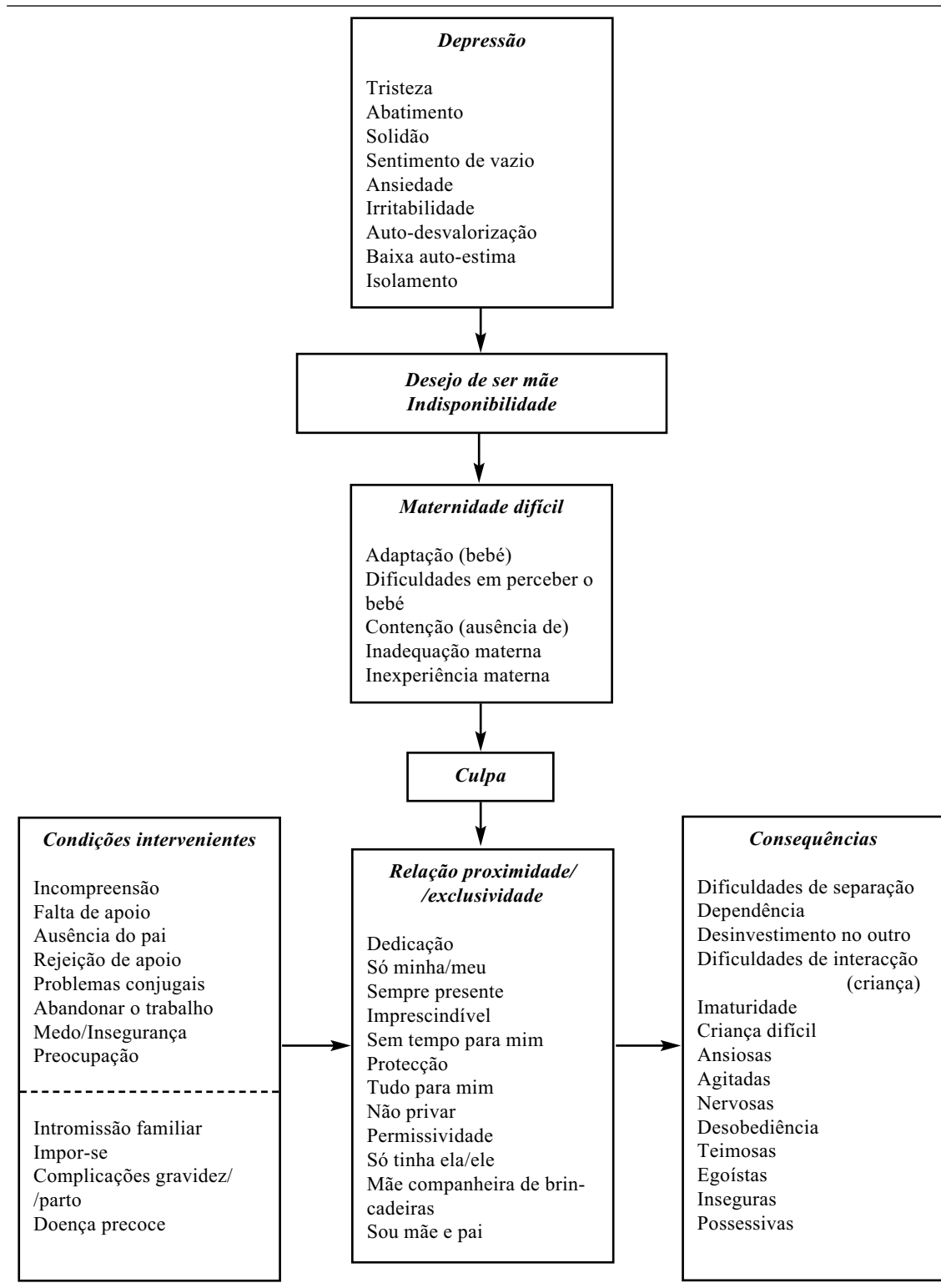
Através das entrevistas analisadas verifica-se que as mães deprimidas enfrentam diariamente uma série de preocupações e dificuldades, em virtude da depressão que sofrem, levando a que estas estabeleçam com a criança uma **relação de proximidade e exclusividade**, de forma a conseguir resolver e atenuar as suas preocupações.

Esta situação, tal como já foi referido, deve-se ao facto de as mães se encontrarem deprimidas (**depressão materna**), evidenciando uma tristeza, abatimento, solidão, sendo invadidas por um sentimento de vazio, pois consideram que ninguém as compreende ou gosta dela. São mães que evidenciam uma grande ansiedade, irritando-se facilmente (irritabilidade), pois como se encontram mais fragilizadas não suportam o barulho e ofendem-se com facilidade (hipersensibilidade). Existe uma auto-desvalorização, associada a uma baixa auto-estima,

sendo que estas mães consideram que não são competentes no desempenho do seu papel parental (**inadequação materna**). Sentem uma grande necessidade em estarem sós, isolando-se constantemente, desinvestindo da relação com o outro, até porque se encontram com menos paciência (**falta de paciência**) para se relacionarem com estes.

Estas mães apresentam num momento inicial uma de duas características muito distintas, que são o **desejo de ser mãe** e a **indisponibilidade**, mas que acabam por implicar a adopção do mesmo tipo de estratégias, ou seja, apesar de apresentarem motivações diferentes, estas mães revelam o mesmo padrão comportamental. Uma destas mães apresenta, um sentimento de vazio, e acabam por **desejar ser mães** de forma a colmatar as suas necessidades de afecto e o vazio interno que as invade. Estas mães tendem a ver nas crianças a sua razão de viver, dando sentido à sua vida, pois antes do nascimento do filho sentiam-se *sozinhas* e *desamparadas*, o que contribui para que mãe e criança acabem por viver num mundo só seu, onde não é permitida a entrada a terceiros, acabando por estabelecer uma relação de grande proximidade e exclusividade. “(...) ele era a pessoa mais importante na minha vida, era como se não existisse mais ninguém, só nós os dois é que contávamos (...)”. Assim, verifica-se que quanto maior for o desejo por parte destas mães em ter um filho, mais próxima e exclusiva será a relação entre ambos, uma vez que aliado ao desejo de ter um filho, encontra-se a necessidade de preencher ou colmatar a falha narcísica destas mães. Outras das mães entrevistadas apresentam logo após o parto uma **indisponibilidade** para a relação com o outro, que incluía as pessoas que a rodeavam e em algumas situações também o bebé, sendo que esta falta de disponibilidade varia de mãe para mãe, de acordo com o que idealizaram em torno do nascimento e maternidade e com a gravidade da depressão, sendo que aquelas mães que não depositaram tantas expectativas em torno da gravidez e cuja depressão parecia ser mais grave e arrastada no tempo, revelavam maiores índices de indisponibilidade para com a criança, pois encontram-se viradas para si, para as suas preocupações internas. Algumas destas mães não apresentam uma indisponibilidade tão marcada, sendo que apesar de desinvestirem na relação com o outro, esta retracção social não é tão evidente na relação com a criança. Nestes casos, embora não estejam emocionalmente muito dispo-

FIGURA 1
Modelo Teórico



níveis, devido às preocupações que as atormentam, estas últimas querem estar com a criança e não suportam a separação da mesma, apesar de não a verem como alguém que tem necessidades próprias.

Em todos os casos acima mencionados foram notórias as dificuldades que estas situações implicam para a mãe, que descreve a maternidade como sendo difícil (**maternidade difícil**). Estas revelam uma maior dificuldade de adaptação ao bebé, o que dificulta a relação estabelecida. Assim estas mães têm alguma dificuldade em se adaptar às modificações que o nascimento da criança implica, sendo que o seu papel maternal fica dificultado, pois todas as tarefas se tornam mais complicadas e difíceis de fazer. As mães apresentam algumas dificuldades em perceber o que o bebé quer, pois não conseguem discriminar o seu choro, acabando por não conseguir responder às suas necessidades, já que lhes respondem sempre da mesma maneira, não conseguindo acalmar a criança (contenção, ausência de). São mães muito pouco sensitivas, já que têm uma enorme dificuldade em discriminar os sinais que a criança transmite, não respondendo adequadamente. Esta situação faz com que estas mães sejam invadidas por sentimentos de incapacidade (inadequação materna), pois consideram que não são mães suficientemente boas para os seus filhos. Em algumas destas mães também a inexperiência materna contribuiu para o surgir desta inadequação materna, pois têm dificuldade em pegar na criança ao colo, dar-lhe banho, alimentá-la, entre outras, reconhecendo que não desempenham eficazmente o seu papel materno. Uma das mães refere ainda, que apesar de ser a segunda filha, que a mesma sentia que tinha desaprendido tudo e que as próprias pessoas referiam que parecia que a mesma nunca tinha tido filhos. O não conseguirem responder eficazmente à criança, pois estão centradas em si próprias, faz com que a criança proteste cada vez mais, considerando-se cada vez mais incompetentes e ficando muito ansiosas, ansiedade essa que passa para a criança, gerando-se um ciclo de influência mútua.

As mães sentem cada vez mais que apesar de gratificante, a maternidade não corresponde ao que tinham idealizado (*expectativas maternas*), pois as mães julgavam que facilmente iriam perceber as necessidades da criança (*instinto materno*) e como não foi assim estas mães ficam cada vez mais angustiadas e são invadidas por um sentimento de **culpa**, pois consideram não estar a ser boa mãe e

receiam prejudicar a criança (*medo/insegurança*). Este sentimento de culpa vai fazer com que as mães invistam cada vez mais na relação com o filho, até para o compensar de num primeiro momento não terem estado tão disponíveis para ele e com o receio de terem passado para a criança (*transmissão*) algumas das suas características negativas.

Desta forma, por todas as condições inerentes à depressão e o impacto que a mesma apresenta no comportamento parental, definiu-se como categoria principal a **Relação de Proximidade e Exclusividade** que é estabelecida entre mãe e criança. Estas mães parecem manter com os seus filhos uma relação de grande proximidade, dedicando-se-lhes quase exclusivamente, pois sentem-se muito desapoiadas por parte das pessoas que se encontram à sua volta, sentindo que ninguém as compreende, o que acentua a relação entre mãe e criança, em que vivem exclusivamente uma para a outra (só minha/meu). Estas mães tendem a querer estar sempre presentes, cuidar da criança, chegando algumas a deixar de trabalhar para poderem estar sempre com a criança, pois afirmam que a criança precisa de si (imprescindível) e não suportam a ideia de estar separadas desta: “(...) não suportava a ideia de deixar o R. com ninguém (...) eu ligava de cinco em cinco minutos (...) os telefonemas já não bastavam, eu tinha uma necessidade enorme de estar com ele, por isso deixei eu própria o emprego para tomar conta dele.” As mães tentam fazer tudo pelas crianças pondo-se a si para segundo plano, o que implica que deixem de fazer determinadas actividades que anteriormente faziam (*sem tempo para mim*). De certa forma, as mães tentam compensar a sua indisponibilidade inicial, estando sempre junto dos filhos. São mães muito protectoras com os seus filhos, fazendo de tudo para que nada de mal aconteça à criança, necessitando de estar perto para evitar que o seu filho sofra. Tentam proteger a criança da sua *depressão* para estes não verem a mãe triste, assim como os *problemas conjugais*, de modo a evitar que a criança possa de alguma maneira sofrer, potenciando o seu sentimento de culpa.

A criança é a pessoa mais importante para estas mães, o centro das suas atenções, a sua razão de viver (tudo para mim), pois estas crianças acabam por vir preencher um vazio interior, e como tal elas não querem que lhes falte nada (não privar), fazendo-lhes todas as suas vontades. Deste modo, são mães muito permissivas, porque nunca contrariam a criança, deixando-a fazer tudo o que ela

quer tendo muitas dificuldades em conseguir impor a sua vontade a essa criança, o que implica o não estabelecimento de regras e limites, não contendo as suas angústias (*contenção, ausência de*). Esta permissividade serve como forma de captar e prender a atenção da criança, garantindo o seu amor e afecto. É como se estas mães tivessem que se agarrar aos filhos, pois são os únicos seres que lhe dão afecto e amor (*só tinha a ela/ele*), tendo assim muitas dificuldades em deixar as crianças ao cargo de outras pessoas, pois apesar de considerarem que não são tão capazes como deviam ser, o entregar a criança aos cuidados de outros seria o confirmar dessa sua incapacidade; para além disso receiam que os outros não conseguiriam satisfazer suas necessidades, como se só ela soubesse cuidar da criança (*imprescindível*). Muitas das vezes, numa tentativa de preencher a sua falha narcísica e compensar a criança pela falta de atenção inicial, estas mães tornam-se suas *companheiras de brincadeiras*, privando a criança da sua necessidade de interagir com os seus pares, o que mais tarde conduzirá a *dificuldades na interacção social* por parte da criança.

Quando o pai é uma figura ausente (*pai ausente*), não estando envolvido com a criança, estas mães afirmam *ser mãe e pai* ao mesmo tempo, pois não querem que a ausência da figura paterna afecte o desenvolvimento da criança. Assim, a maternidade é a prioridade para estas mães, criando com a criança uma relação de exclusividade, onde a entrada de terceiros não é permitida e desencorajada.

Porém, existem condições que parecem influenciar este comportamento por parte da figura materna. Por exemplo, estas mães sentem que ninguém as compreende (*incompreensão*) e que acabam por não ter apoio por parte de ninguém (*falta de apoio*), não tendo o tipo de apoio que necessitam e desejariam ter, pelo menos por parte do marido ou do companheiro, que muitas vezes até é um pai ausente, o que acaba por intensificar a *dedicação* e a *relação de exclusividade* entre mãe e criança, já que sentem não poderem contar com mais ninguém, pois só a criança as compreendem e lhes dá o afecto e o carinho que necessitam. As mães referem que o apoio por parte do pai foi praticamente nulo, delegando muitas vezes na mãe a responsabilidade de educar e cuidar dos filhos. Assim, não houve por parte da figura paterna qualquer esforço em fazer parte daquela relação, o que reforçou ainda mais esta tendência de exclusividade por parte da figura materna. Contudo, esta ausência por parte

da figura paterna, pode também ser uma consequência da necessidade que as mães têm de estar constantemente com a criança, afastando, desse modo, o pai. Verifica-se de igual forma, que as mães que não tiveram suporte por parte da família mais próxima, acabam por não partilhar a criança com mais ninguém, potenciando o sentimento de exclusividade. Mesmo quando é oferecido algum tipo de apoio às mães, estas *rejeitam-no*, porque o aceitar apoio seria o confirmar da sua incapacidade para cuidar da criança e, ao mesmo tempo, o tipo de apoio que a mãe pretende não é para tomar conta do bebé, mas sim ajuda nas tarefas domésticas, potenciando a relação de proximidade entre mãe e criança. Por vezes, estas mães deixam mesmo de trabalhar para não terem que deixar a criança com outras pessoas e assim estarem sempre com ela. Referem sentirem-se invadidas por um sentimento de vazio, sendo que acabam por ver na criança uma forma de preencher esses sentimentos de vazio e de falta de afecto que as invade. No fundo, procuram na criança aquilo que não encontram na relação com os outros, nomeadamente no marido, depositam na criança toda a sua energia e afecto, criando uma relação de proximidade e exclusividade: “(...) nessa altura sentia-me muito sozinha, sentia um vazio imenso e uma tristeza muito grande e pronto... foi na altura em que pensei a sério ter um bebé.” Muitas vezes, quando existem problemas conjugais, as mães procuram um porto de abrigo na criança (*filho-refúgio*), centram-se na criança e desinvestem naquilo que as rodeia. Estas mães são desde o nascimento invadidas por um sentimento de insegurança em relação à saúde do bebé (*medo/insegurança*), pois têm receio que algo de mal ocorra com ele (*pessimismo*), acabando por se dedicarem em regime de exclusividade ao bebé ao recearem que algo de mau lhe possa acontecer (*protecção*). Este medo, apesar de presente na maioria das mães, está exacerbado naquelas que tiveram complicações na gravidez ou no parto ou cujos filhos foram submetidos a internamento precoce (*preocupação*). De igual forma, parece existir por parte destas mães uma grande insegurança face ao sentimento que as crianças têm por si, daí a sua necessidade de dar-lhes tudo (*não privar*) e de estarem sempre presentes, para não perderem a única fonte de afecto que julgam possuir.

Contudo, parecem existir condições que contribuem para que o tipo de relação estabelecida não seja de tanta **proximidade e exclusividade**,

como é o caso das mães que se sentiram compreendidas e apoiadas, tanto pelo marido como pela família, levando a que o tipo de relação estabelecida entre mãe e criança, apesar de próxima, não tenha um carácter de exclusividade tão evidente. Também a relação conjugal pode implicar que a mãe não estabeleça com a criança uma relação de exclusividade tão marcada, pois se a mãe e o marido tiverem uma boa relação conjugal, em que a mãe se sente mais amada e compreendida, não tem necessidade de se dedicar tão exclusivamente à criança. Mães que sentem possuir apoio por parte das outras pessoas, acabam por não ter necessidade de se isolar tanto, não evidenciando necessidade de construir com a criança uma relação em que só as duas podem entrar. Também a intromissão familiar e a dificuldade que a mãe tem em impor sua vontade (impor-se) parece diminuir a relação de exclusividade mãe-bebé, pois os familiares ao acabarem por impor a sua presença, fazem com que a mãe já por si insegura, se veja como incapaz de cuidar da sua criança. Verificou-se ainda que as mães que não tiveram complicações na gravidez ou no parto e em que a criança não teve qualquer problema de saúde precoce, acabaram por estabelecer com a criança uma relação em que a proximidade é menor, pois o sentimento de insegurança não é tão marcado. Por último, as mães que continuam a trabalhar acabam por não estabelecer com a criança uma relação de exclusividade tão evidente.

O tipo de comportamento adoptado pela figura materna acarreta consequências na relação mãe-filho. O facto de a mãe ter estabelecido com a criança uma relação de grande proximidade e exclusividade, em que parecia que só as duas existiam, leva a dificuldades de separação, tanto por parte da mãe como por parte da criança. Aliada às dificuldades de separação, surge a protecção excessiva por parte da figura materna, que leva ao estabelecimento de uma relação de dependência entre mãe e criança, conduzindo ao desinvestimento na relação com o outro e a que a criança revele uma fraca autonomia e dificuldades na interacção com os seus pares. As crianças filhas de mães deprimidas apresentam características que denotam uma imaturidade emocional marcada, sendo crianças descritas como muito díficeis, ansiosas, agitadas, nervosas, que fazem birras quando contrariadas, pois estão habituadas a que lhes façam as vontades todas (*permissividade*) e que não as privem de nada (*não privar*). Estas características da criança são devidas à ansie-

dade que a mãe transmite, mas também consequência das dificuldades que tais mães apresentam em conter as angústias da criança. A permissividade, faz com que estas crianças sejam desobedientes, por vezes até provocadoras, teimosas, egoístas, pois têm dificuldades em partilhar, querendo tudo só para elas, insatisfeitas, pois quanto mais têm mais querem. Apresentam também carácter inseguro, porque apresentam um grande receio de não agradarem e de não serem aceites pelos outros, assim como muito possessivas, exigindo muita atenção por parte da sua mãe.

DISCUSSÃO

A presente investigação permitiu verificar que o processo social básico que caracteriza as mães que participaram no estudo é a **Relação de Proximidade e Exclusividade**, sendo que este tipo de comportamento implica inevitáveis consequências para a relação mãe-filho e para a própria criança, sendo no entanto mediado por diversas condições, que parecem torná-lo menos ou mais intenso, surgindo como forma de compensar o sentimento de vazio que estas referem sentir, isto é, como forma de reparar a sua falha narcísica. Este padrão comportamental está relacionado com a depressão das mães que ao se acharem tristes, abatidas, invadidas por um sentimento de vazio, se revelam ansiosas, irritadiças, apresentam estados de auto-desvalorização e baixa auto-estima, e ao serem invadidas por sentimentos de incapacidade consideram não serem boas mães para os seus filhos, pelo que se isolam frequentemente, reforçando, desse modo, o tipo de relação de tudo o que é feito em torno da criança. Tendo por base os relatos das mães entrevistadas verifica-se que a maioria apresenta um grande desejo em ser mãe, existindo uma primeira fase em que a mãe não se encontra muito disponível para estar com os outros, nem com a criança. Esta indisponibilidade está relacionada com o isolamento e desinvestimento na relação com o outro que existe por parte da mãe. Esta falha relacional nem sempre é evidente pois é patente que algumas das mães mostraram um desejo muito grande, desde início, em estar próximas do filho. No entanto, esta vontade em estar sempre junto da criança deve-se a uma indisponibilidade inicial e surge como forma de compensação (**sentimento de culpa**), já que apesar de disponíveis para estarem fisicamente

com a criança, se encontram emocionalmente indisponíveis, porque a sua sensibilidade está alterada, pelo que não compreendem o que a criança pretende e não lhe fornecem respostas adequadas.

No entanto, as conclusões a que se chegou são contrárias ao postulado pela maioria dos estudos, pois apesar de uma indisponibilidade inicial estas mães não se afastam da criança, bem pelo contrário, uma vez que face às suas preocupações e ansiedade, elas acabam por estabelecer com a criança uma relação de proximidade e exclusividade, em que se tornam extremamente atentas, presentes e protectoras, estando sempre a criança em primeiro plano, e fazem questão de serem elas próprias a cuidar da criança, apesar dos sentimentos de inadequação materna que referem sentir.

A incompreensão, falta de apoio, sentimento de vazio, ausência do pai, rejeição de apoio, problemas conjugais, abandono do emprego, medo/insegurança e preocupação, parecem ser condições que fazem intensificar a necessidade de estabelecer com a criança uma relação de proximidade e quase exclusividade. Sentem que ninguém as compreende e afirmam não ter qualquer tipo de apoio, particularmente da figura paterna, já que são pais pouco presentes ao delegar muitas vezes toda a responsabilidade da educação dos filhos na figura materna, existindo normalmente problemas no seio do casal, contribuindo tal facto para que mãe e criança estabeleçam uma relação de grande proximidade e exclusividade. Isto vai ao encontro do já estipulado por Goodman e Gotlib (1999), ao referirem que os efeitos negativos da depressão podem ser moderados pelos cuidados e afecto que o pai pode dar à criança, uma vez que ele tende a assumir funções maternas e a apoiar a mãe para que ela se sinta mais segura e assim prestar melhores cuidados aos seus filhos, ou, pelo contrário, permitir que a depressão afecte negativamente a criança, aumentando o risco de psicopatia. O'Hara (citado por Esteves, Pires & Valada, 2001), refere que as mães que não têm um marido confidente, e que as ajude nas tarefas domésticas, estão mais vulneráveis para desenvolver depressão pós-parto. No fundo, a mãe sente-se angustiada e desamparada, centrando-se em torno da criança, para obter na relação com esta o afecto, o carinho e a atenção que não consegue encontrar nas outras relações. O facto de estas mães serem muito inseguras, em relação à saúde do bebé e ao próprio afecto que ele tem por elas, leva a que rejeitem o apoio dos outros chegando, em alguns

casos, a deixar de trabalhar, o que potencia o seu isolamento e a relação de proximidade e exclusividade com a criança. O estabelecimento deste tipo de relação gera uma grande dependência e dificuldades de separação, podendo implicar graves consequências no desenvolvimento da criança. Assim, estas crianças são frequentemente descritas como sendo muito difíceis, desobedientes, ansiosas, nervosas, inseguras, imaturas com dificuldades ao nível da interacção, confirmando o já estipulado por Goodman e Gotlib (1999) de que através da aprendizagem social e modulação tais crianças tendem a adquirir comportamentos e emoções semelhantes aos apresentados pelas suas mães. Contudo, as condições aqui expostas podem fazer diminuir a intensidade da relação de proximidade e exclusividade entre mãe e criança. No entanto, e devido aos poucos resultados encontrados nesse sentido, é difícil retirar qualquer tipo de conclusão no que diz respeito ao impacto que a intromissão familiar, a dificuldade em impor-se, as complicações na gravidez/parto e a doença precoce podem acarretar para o tipo de relação estabelecida.

Este estudo vem complementar as investigações já desenvolvidas com base no método "Grounded Theory" (Esteves, Pires & Valada, 2001; Henriques, 2002; Pingo, 2002). Este modelo permite aceder às vivências destas mães, às dificuldades pelas quais passaram e como as conseguiram ultrapassar, não se focando unicamente nas consequências que a depressão materna pode ter na relação mãe-filho e no desenvolvimento deste último.

Este estudo apresenta algumas limitações, uma vez que as conclusões a que se chegou não podem ser extrapoladas para a população de mães deprimidas, pois o modelo construído refere-se às mães que acederam participar no estudo. O facto de não existir nenhum diagnóstico feito à mãe, pois nenhum questionário foi aplicado, tendo só em conta a informação dos psicólogos e clínicos gerais, implicando que não se tenha acesso às características e severidade da depressão de cada uma.

Contudo, e devido ao número limitado de participantes, à relevância do tema e sendo um método que permite um aperfeiçoamento sistemático da teoria, seria importante dar continuidade ao estudo até agora desenvolvido. Ao nível das investigações futuras seria interessante desenvolver uma investigação em que verificássemos as características destas mães em função da altura em que apareceu a depressão (quadro depressivo anterior à gravidez,

durante a gravidez e no pós-parto), da sua duração e da idade da criança. Poder-se-ia desenvolver um estudo longitudinal acerca do comportamento parental ao longo do desenvolvimento da criança (e.g. 6 meses, 2 anos, 6 anos e 12 anos), no sentido de verificar o efeito que esta pode ter tido no comportamento parental e desenvolvimento da criança. Seria de igual forma interessante desenvolver um estudo em que aliado ao relato das mães, fossem também entrevistados os pais, no sentido de perceber se estes têm a mesma visão que a mãe e perceber de que forma estes podem atenuar ou exacerbar os efeitos da depressão no comportamento parental e desenvolvimento da criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brites, J., Moreira, C., & Baptista, A. (2000). Estudo dos factores psicossociais relacionados com a depressão pós-parto. In J. L. P. Ribeiro, I. Leal, & M. R. Dias (Eds.), *Actas do 3.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 207-258). Lisboa: ISPA.
- Esteves, M. A. B. (2000). *Depressão materna e comportamento parental*. (Monografia de Licenciatura em psicologia clínica). Lisboa: ISPA.
- Esteves, M., Pires, A., & Valada, M. (2001). Depressão materna e comportamento parental. In A. Pires (Ed.), *Crianças (e pais) em risco* (pp. 15-37). Lisboa: ISPA.
- Field, T. (1995). Psychologically depressed parents. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: applied and practical parenting* (vol. 4, pp. 85-97). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Figueiredo, B. F. (1997). *Depressão pós-parto, interacção mãe-bebé e desenvolvimento infantil*. Dissertação de doutoramento em psicologia clínica apresentada à Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas do puerpério. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 161-188). Coimbra: Quarteto.
- Fradique, F. (1992). Depressão pós-parto: Programa desenvolvimentista de prevenção-remediação. *Psicologica*, 8, 113-135.
- Glaser, B. (1978). *Theoretical sensitivity*. San Francisco, CA: Sociology Press.
- Glasser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Goodman, S., & Gotlib, I. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106, 458-490.
- Henriques, R. (2002). *Comportamento parental e depressão materna*. (Monografia de Licenciatura em psicologia clínica). Lisboa: ISPA.
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20, 561-592.
- Nichd (1999). Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child functioning at 36 months. *Developmental Psychology*, 35, 1297-1310.
- Pingo, S. (2002). *Depressão materna e comportamento parental*. (Monografia de Licenciatura em psicologia clínica). Lisboa: ISPA.
- Pires, A. (1990). Determinantes do comportamento parental. *Análise Psicológica*, 9 (4), 445-452.
- Pires, A. (2001). Parentalidade em risco. In A. Pires (Ed.), *Crianças (e pais) em risco* (pp. 15-37). Lisboa: ISPA.
- Teti, D. M., Gelfand, D. M., Messinger, D. S., & Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Developmental Psychology*, 31, 364-376.
- Weir, K., & Beal, M. (2004). Complementary therapies as adjuncts in the treatment of postpartum depression. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49 (2), 96-104.

RESUMO

Pretendeu-se construir um modelo sobre o Comportamento Parental de mães deprimidas. As participantes foram 23 mães com idades compreendidas entre os 20 e os 47 anos e cujos filhos têm idades entre os 4 meses e 8 anos de idade. Dezassete destas mães pertencem a estudos realizados anteriormente (Esteves, Pires & Valada, 2001; Henriques, 2002; Pingo, 2002). As entrevistas semi-estruturadas foram gravadas e posteriormente transcritas e analisadas de acordo com o método "Grounded Theory". Constatou-se que estas mães se sentem indisponíveis para os seus filhos e para os outros, sendo invadidas por um sentimento de inadequação materna, o que leva ao emergir de sentimentos de culpa. O processo social básico é o da Relação de Proximidade e de Exclusividade. Assim, estão sempre presentes, dedicam-se exclusivamente à criança, abdicam do seu tempo em prol da criança, são permissivas, protectoras, companheira de brincadeiras, vêm a criança como sendo só sua e afirmam ser mãe e pai. Esta relação de proximidade e exclusividade é moderada por sentimentos de incompreensão, pelo medo/insegurança, falta de apoio, sentimento de vazio, mas também pela rejeição de apoio, ausência da figura paterna, o tipo de relação conjugal, deixar de trabalhar e a preocupação, tendo como consequências as dificuldades de separação e crianças que são difíceis, dependentes, desobedientes, imaturas, ansiosas,

teimosas, egoístas, agitadas, nervosas, insatisfeitas e com dificuldades na interação com o outro.

Palavras-chave: Criança, mãe, depressão materna, comportamento Parental, “Grounded Theory”.

ABSTRACT

It is intended to construct a theoretical model on the Parental Behavior of depressed mothers. The participants were 23 mothers between the 20 and 47 years old and whose children were between the 4 months and 8 years old. Seventeen of these mothers belong to previous studies (Esteves, Pires, & Valada, 2001; Henriques, 2002; Pingo, 2002). Semi-structured interviews were recorded, transcribed and analyzed in accordance with the “Grounded Theory” method. It was evidenced that these mothers feel themselves unavailable for their children and the

others, feel inadequated in their mother role, which leads to guilt feelings. The basic social process is the Relation of Proximity and Exclusiveness. Thus, they are always present, dedicated exclusively to the child, abdicate of their time in for the child, are permissive, protective, being her player companion, see the child as only hers and affirm to be mother and father. This relation of proximity and exclusiveness is moderated by the incomprehension, lack of support, feeling of emptiness, rejection of support, absence of the paternal figure, conjugal relation, to leave the job and the fear and unreliability, having as consequences difficulties of separation and children that are dependent, disobedient, immature, anxious, stubborn, egoistic, agitated, nervous, unsatisfied and with difficulties in stabilishing interaction with the other.

Key words: Child, mother, maternal depression, parental behaviour, “Grounded Theory”.